



**МИНИСТЕРСТВО СОЦИАЛЬНОГО РАЗВИТИЯ  
КИРОВСКОЙ ОБЛАСТИ**

**РАСПОРЯЖЕНИЕ**

19.06.2019

№ 27

г. Киров

**О внесении изменений в распоряжение министерства социального  
развития Кировской области от 11.02.2019 № 1**

Внести в Порядок организации работы по признанию граждан нуждающимися в социальном обслуживании, составлению и пересмотру индивидуальной программы предоставления социальных услуг, утвержденный распоряжением министерства социального развития Кировской области от 11.02.2019 № 1 «Об организации работы по признанию граждан нуждающимися в социальном обслуживании» (далее – Порядок), следующие изменения:

1. В разделе 2 «Признание гражданина нуждающимся в социальном обслуживании»:

1.1. Абзац первый подпункта 2.3 изложить в следующей редакции:

«Основанием для рассмотрения вопроса о признании гражданина нуждающимся в социальном обслуживании является поданное в письменной или электронной форме заявление гражданина или его законного представителя (далее – заявитель) о предоставлении социальных услуг по форме, утвержденной приказом Минтруда России от 28.03.2014 № 159н «Об утверждении формы заявления о предоставлении социальных услуг» (далее – заявление) либо обращение в его интересах иных граждан, государственных органов, органов местного самоуправления, общественных объединений (далее – обращение в интересах гражданина)».

1.2. Подпункт 2.8.1 изложить в следующей редакции:

«2.8.1. Проводят оценку:

условий жизнедеятельности гражданина;

наличия обстоятельств, которые ухудшают или могут ухудшить условия его жизнедеятельности;

зависимости от посторонней помощи – в случае обращения за получением социальных услуг при наличии следующих обстоятельств, которые ухудшают или могут ухудшить условия жизнедеятельности гражданина:

полная или частичная утрата способности либо возможности осуществлять самообслуживание, самостоятельно передвигаться, обеспечивать основные жизненные потребности в силу заболевания, травмы, возраста или наличия инвалидности;

наличие в семье инвалида или инвалидов, в том числе ребенка-инвалида или детей-инвалидов, нуждающихся в постоянном постороннем уходе;

отсутствие возможности обеспечения ухода (в том числе временного) за инвалидом, а также отсутствие попечения над ним».

1.3. Подпункт 2.8.3 изложить в следующей редакции:

«2.8.3. Оценка зависимости от посторонней помощи проводится с учетом конкретной жизненной ситуации гражданина, по результатам которой определяется степень потребности его в уходе (далее – группа ухода), рекомендуемая форма (формы) социального обслуживания.

Социальные услуги в форме социального обслуживания на дому рекомендуются гражданам, имеющим:

1 – 3 группу ухода;

4 – 5 группу ухода при наличии личного желания гражданина.

Социальные услуги в стационарной форме социального обслуживания рекомендуются гражданам, имеющим:

1 группу ухода при отсутствии определенного места жительства и занятий;

2 группу ухода при наличии у них следующих факторов риска,отягощающих условия их жизнедеятельности:

отсутствие определенного места жительства и занятий;

наличие психического расстройства, которое в том числе может повлечь угрозу жизни или здоровью самого гражданина или проживающих совместно с ним членов его семьи;

проживание в жилом помещении не пригодном для пребывания, в связи с чем предоставление социальных услуг в форме социального обслуживания на дому может повлечь угрозу жизни или здоровью гражданина и (или) специалиста организации социального обслуживания, предоставляющего социальные услуги;

3 группу ухода при наличии у них следующих факторов риска, отягощающих условия их жизнедеятельности:

отсутствие определенного места жительства и занятий;

наличие психического расстройства, которое в том числе может повлечь угрозу жизни или здоровью самого гражданина или проживающих совместно с ним членов его семьи;

проживание в жилом помещении не пригодном для пребывания, в связи с чем предоставление социальных услуг в форме социального обслуживания на дому может повлечь угрозу жизни или здоровью гражданина и (или) специалиста организации социального обслуживания, предоставляющего социальные услуги;

одинокое проживание;

невозможность проживания с родственниками по уважительной причине;

4 – 5 группу ухода».

1.4. В подпункте 2.11.3 после слов «социальный центр» дополнить словами «, в том числе в форме электронного документа по адресу электронной почты, указанному в заявлении».

2. В Разделе 3 «Порядок разработки индивидуальной программы предоставления социальных услуг»:

2.1. В пункте 3.1:

2.1.1. Абзац первый изложить в следующей редакции:

«Гражданину, в отношении которого принято решение о признании нуждающимся в социальном обслуживании, специалисты Центра,

социального центра, исходя из его индивидуальных потребностей в социальных услугах, в срок не позднее семи рабочих дней со дня регистрации заявления разрабатывают в ЕАИС проект индивидуальной программы предоставления социальных услуг (далее – индивидуальная программа) по форме, утвержденной Приказом Минтруда России от 10.11.2014 № 874н «О примерной форме договора о предоставлении социальных услуг, а также о форме индивидуальной программы предоставления социальных услуг».

2.1.2. В абзаце третьем слова «оценки потребности в посторонней помощи» заменить словами «оценки зависимости от посторонней помощи».

3. В Разделе 4 «Порядок пересмотра индивидуальной программы предоставления социальных услуг»:

3.1. Абзац второй и третий подпункта 4.2.1 изложить в следующей редакции:

«проводит анализ реализации индивидуальной программы применительно к улучшению (ухудшению) условий жизнедеятельности и (или) изменения оценки зависимости от посторонней помощи,

осуществляет оценку результатов предоставления социальных услуг получателю социальных услуг и составляет заключение о выполнении индивидуальной программы (далее – заключение)».

3.2. В пункте 4.6 слова «подпунктов 4.2.3, 4.2.4» заменить словами «подпункта 4.2.2».

4. Приложение № 1, 7 и 8 к Порядку признать утратившим силу.

5. В Перечне документов, подтверждающих наличие обстоятельств, которые ухудшают или могут ухудшить условия жизнедеятельности гражданина, а также необходимые для определения рекомендуемой формы социального обслуживания и перечня поставщиков социальных услуг (Приложение № 2) пункты 1.3, 2.1, 2.2, 3.1, 5.1 изложить в редакции согласно приложению № 1.

6. Приложение № 3 к Порядку изложить в новой редакции согласно приложению № 2.

7. Приложение № 4 к Порядку изложить в новой редакции согласно приложению № 3.

8. Приложение № 5 к Порядку изложить в новой редакции согласно приложению № 4.

Министр  
социального развития  
Кировской области



О.Ю. Шулятьева

**Изменения**  
**в перечень документов, подтверждающих наличие обстоятельств, которые ухудшают**  
**или могут ухудшить условия жизнедеятельности гражданина, а также необходимые для определения**  
**рекомендуемой формы социального обслуживания и перечня поставщиков социальных услуг**

№ п/п	Заявленная форма социального обслуживания	Наименование документа, подтверждающего наличие обстоятельства	Документы, необходимые для определения рекомендуемой формы социального обслуживания и (или) перечня поставщиков социальных услуг	Примечание
1.	<b>Полная или частичная утрата способности либо возможности осуществлять самообслуживание, самостоятельно передвигаться, обеспечивать основные жизненные потребности в силу заболевания, травмы, возраста или наличия инвалидности</b>			
1.3.	Полустационарная форма социального обслуживания	1. Копия выписки из протокола заседания врачебной комиссии о состоянии здоровья (частичной или полной утрате способности к самообслуживанию) и отсутствии (наличии) медицинских противопоказаний для социального обслуживания с датой выдачи не более 3 последних календарных месяцев, предшествующих месяцу подачи заявления, по форме, утвержденной распоряжением департамента здравоохранения Кировской области от 01.06.2015 № 468. 2. Копия справки, подтверждающей		Предоставление социальных услуг в реабилитационных центрах, комплексных центрах социального обслуживания населения (отделения дневного пребывания)

№ п/п	Заявленная форма социального обслуживания	Наименование документа, подтверждающего наличие обстоятельства	Документы, необходимые для определения рекомендуемой формы социального обслуживания и (или) перечня поставщиков социальных услуг	Примечание
		факт установления инвалидности, выданной учреждением медико-социальной экспертизы (для граждан, имеющих инвалидность)		
2.	<b>Наличие в семье инвалида или инвалидов, в том числе ребенка-инвалида или детей-инвалидов, нуждающихся в постоянном постороннем уходе</b>			
2.1.	Форма социального обслуживания на дому	1. Копия справки, подтверждающей факт установления инвалидности, выданной учреждением медико-социальной экспертизы. 2. Медицинское заключение о нуждаемости инвалида в постоянном постороннем уходе (за исключением инвалидов 1 группы)		
2.2.	Стационарная форма социального обслуживания	3. Копия справки, подтверждающей факт установления инвалидности, выданной учреждением медико-социальной экспертизы. Медицинское заключение о нуждаемости инвалида в постоянном постороннем уходе (за исключением инвалидов 1 группы)	1. Копия выписки из протокола заседания врачебной комиссии о состоянии здоровья (частичной или полной утрате способности к самообслуживанию) и отсутствии (наличии) медицинских противопоказаний для социального обслуживания с датой выдачи не более 3 последних календарных месяцев, предшествующих месяцу подачи заявления, по форме, утвержденной распоряжением департамента здравоохранения Кировской области от 01.06.2015 № 468. 2. Копия выписки из протокола заседания врачебной комиссии о нуждаемости по состоянию здоровья для получения социальных услуг в стационарном учреждении социального обслуживания общего типа, психоневрологического типа, с	Предоставление социальных услуг в организациях социального обслуживания: психоневрологический интернат, в том числе детский, дом-интернат для престарелых и инвалидов, иных организациях социального обслуживания, имеющих в своей структуре стационарные и (или) геронтологические, и (или) геронтопсихиатрические отделения  <2> Не представляется в случае обращения за предоставлением социальных услуг в детском психоневрологическом интернате

№ п/п	Заявленная форма социального обслуживания	Наименование документа, подтверждающего наличие обстоятельства	Документы, необходимые для определения рекомендуемой формы социального обслуживания и (или) перечня поставщиков социальных услуг	Примечание
			<p>датой выдачи не более 3 последних календарных месяцев, предшествующих месяцу подачи заявления, по форме, утвержденной распоряжением департамента здравоохранения Кировской области от 01.06.2015 № 468 &lt;2&gt;.</p> <p>3. Копия заключения уполномоченной медицинской организации о наличии медицинских противопоказаний, в связи с наличием которых гражданину или получателю социальных услуг может быть отказано, в том числе временно, в предоставлении социальных услуг в стационарной форме, по форме, утвержденной приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 29.04.2015 № 216н, с датой выдачи не более 3 последних календарных месяцев, предшествующих месяцу подачи заявления</p>	
3.	<b>Отсутствие возможности обеспечения ухода (в том числе временного) за инвалидом, ребенком, детьми, а также отсутствие попечения над ними</b>			
3.1.	Стационарная форма социального обслуживания	<p>1. Копия справки, подтверждающей факт установления инвалидности, выданной учреждением медико-социальной экспертизы (для граждан, имеющих инвалидность).</p> <p>2. Медицинское заключение о нуждаемости инвалида в постоянном</p>	<p>1. Копия выписки из протокола заседания врачебной комиссии о состоянии здоровья (частичной или полной утрате способности к самообслуживанию) и отсутствии (наличии) медицинских противопоказаний для социального обслуживания с датой выдачи не более 3 последних календарных месяцев,</p>	<p>Предоставление социальных услуг в организациях социального обслуживания: психоневрологический интернат, в том числе детский, дом-интернат для престарелых и инвалидов, иных организациях социального</p>

№ п/п	Заявленная форма социального обслуживания	Наименование документа, подтверждающего наличие обстоятельства	Документы, необходимые для определения рекомендуемой формы социального обслуживания и (или) перечня поставщиков социальных услуг	Примечание
		<p>постороннем уходе (за исключением инвалидов 1 группы)</p> <p>3. Документ, подтверждающий факт отсутствия возможности обеспечения ухода за ребенком, детьми, инвалидом, признанном в установленном порядке недееспособным, выданный органом опеки и попечительства.</p>	<p>предшествующих месяцу подачи заявления, по форме, утвержденной распоряжением департамента здравоохранения Кировской области от 01.06.2015 № 468.</p> <p>2. Копия выписки из протокола заседания врачебной комиссии о нуждаемости по состоянию здоровья для получения социальных услуг в стационарном учреждении социального обслуживания общего типа, психоневрологического типа, с датой выдачи не более 3 последних календарных месяцев, предшествующих месяцу подачи заявления, по форме, утвержденной распоряжением департамента здравоохранения Кировской области от 01.06.2015 № 468 &lt;3&gt;.</p> <p>3. Копия заключения уполномоченной медицинской организации о наличии медицинских противопоказаний, в связи с наличием которых гражданину или получателю социальных услуг может быть отказано, в том числе временно, в предоставлении социальных услуг в стационарной форме, по форме, утвержденной приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 29.04.2015 № 216н, с датой выдачи не более 3 последних календарных месяцев, предшествующих месяцу подачи заявления</p>	<p>обслуживания, имеющих в своей структуре стационарные и (или) геронтологические, и (или) геронтопсихиатрические отделения.</p> <p>&lt;3&gt; Не представляется в случае обращения за предоставлением социальных услуг в детском психоневрологическом интернате</p>

№ п/п	Заявленная форма социального обслуживания	Наименование документа, подтверждающего наличие обстоятельства	Документы, необходимые для определения рекомендуемой формы социального обслуживания и (или) перечня поставщиков социальных услуг	Примечание
5.	<b>Наличие внутрисемейного конфликта, в том числе с лицами с наркотической или алкогольной зависимостью, лицами, имеющими пристрастие к азартным играм, лицами, страдающими психическими расстройствами, наличие насилия в семье</b>			
5.1	Полустационарная форма социального обслуживания	<p>1. Копия выписки из медицинской карты гражданина о том, что он прошел курс медицинской реабилитации от наркомании, алкоголизма или токсикомании (для граждан, зависимых от употребления психоактивных веществ (наркотических средств, психотропных веществ и алкоголя) и прошедших курс лечения от наркомании, алкоголизма или токсикомании) &lt;5&gt;.</p> <p>2. Документ правоохранительных органов, подтверждающий факт физического и (или) сексуального насилия (при наличии)</p>		<p>Предоставление социальных услуг в организациях социального обслуживания за исключением реабилитационных центров, социального Центра</p> <p>&lt;5&gt; Представляется гражданами, прошедшими курс лечения от наркомании, алкоголизма или токсикомании; (лица, зависимые от употребления психоактивных веществ (наркотических средств, психотропных веществ и алкоголя)</p>

**Расписка-уведомление**

Специалист \_\_\_\_\_  
(указать фамилию и инициалы)

учреждение \_\_\_\_\_  
(указать сокращенное наименование)

пришел « \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

от гражданина (ки) \_\_\_\_\_  
(указать фамилия, имя, отчество (при наличии) законного представителя)

заявление регистрационный № \_\_\_\_\_, документы:

1. \_\_\_\_\_ на \_\_\_\_\_ л.
2. \_\_\_\_\_ на \_\_\_\_\_ л.
3. \_\_\_\_\_ на \_\_\_\_\_ л.
4. \_\_\_\_\_ на \_\_\_\_\_ л.
5. \_\_\_\_\_ на \_\_\_\_\_ л.
6. \_\_\_\_\_ на \_\_\_\_\_ л.

\_\_\_\_\_  
(подпись специалиста)

/ \_\_\_\_\_ /  
(расшифровка)

**Акт обследования условий жизнедеятельности  
для признания граждан нуждающимися в социальном обслуживании**

от \_\_\_\_\_

Основание проведения обследования: заявление от \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_

**СВЕДЕНИЯ О ЛИЦЕ, претендующем на получение социальных услуг<sup>1</sup>:**

ФИО \_\_\_\_\_

Дата рождения \_\_\_\_\_ Социальная категория \_\_\_\_\_

Документ, удостоверяющий личность \_\_\_\_\_

серия \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_

выдан \_\_\_\_\_

Адрес места жительства \_\_\_\_\_

**СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ:**

Справка МСЭ<sup>1</sup> \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_ группа инвалидности \_\_\_\_\_ на срок \_\_\_\_\_

Причина инвалидности \_\_\_\_\_

Количество баллов по бланку оценки зависимости от посторонней помощи согласно таблице № 1 к акту: \_\_\_\_\_

Группа ухода (степень зависимости гражданина от посторонней помощи) согласно таблице № 2 к акту: \_\_\_\_\_

**СОСТОЯНИЕ ТРУДОСПОСОБНОСТИ:**

Текущее место работы \_\_\_\_\_

Должность \_\_\_\_\_

Последнее место работы, должность \_\_\_\_\_

Место учебы \_\_\_\_\_

**ЖИЛИЩНО-БЫТОВЫЕ УСЛОВИЯ И ИМУЩЕСТВЕННОЕ ПОЛОЖЕНИЕ:**

1. Характеристика жилого помещения (*подчеркнуть*):  
дом, часть дома, отдельная квартира, комната(ы) в коммунальной квартире,  
комната(ы) в общежитии, съемное жилье, отсутствует жилье;  
основания пользования жилым помещением (в собственности гражданина; по  
договору социального найма; по договору найма специализированного жилого  
помещения; по договору аренды; фактическое предоставление собственником  
помещения):

этаж \_\_\_\_\_; количество комнат \_\_\_\_\_;

наличие или отсутствие собственной комнаты для несовершеннолетнего;

помещение для купания и стирки белья (ванна, душ, баня, отсутствует);

лифт (да, нет); пандус (да, нет).

<sup>1</sup> Заполняется на основании представленных заявителем документов

2. Санитарное состояние жилья (*подчеркнуть и (или) вписать*): удовлетворительное, не удовлетворительное (указать причины: необходимость ремонта жилой площади, аварийное, ветхое, используется не по назначению, наличие насекомых, завалы мусора и т.п.)

3. Наличие коммунально-бытовых удобств (*подчеркнуть*): водоснабжение (централизованное (холодная, горячая вода (газовая колонка), колодец, родник, колонка для набора воды); отопление (централизованное, автономное газовое, с использованием привозного сырья (уголь, торф, дрова); канализация (да, нет); электроэнергия (да, нет); мусоропровод (да, нет); телефон (да, нет); плита для приготовления пищи (газовая и (или) электрическая, напольная или настольная); стиральная машина (автоматическая, полуавтоматическая).

4. Удаленность жилья от (*подчеркнуть*): транспортных коммуникаций – остановок общественного транспорта (самостоятельно непреодолимая, преодолимая с помощью других лиц, преодолимая самостоятельно); продовольственных и промтоварных магазинов (самостоятельно непреодолимая, преодолимая с помощью других лиц, преодолимая самостоятельно); почты (самостоятельно непреодолимая, преодолимая с помощью других лиц, преодолимая самостоятельно); кредитных организаций (самостоятельно непреодолимая, преодолимая с помощью других лиц, преодолимая самостоятельно); источника водоснабжения (самостоятельно непреодолимая, преодолимая с помощью других лиц, преодолимая самостоятельно).

5. Наличие специальных средств для адаптации инвалида (*подчеркнуть*): в квартире (да, нет), в подъезде (да, нет), во дворе (да, нет).

6. Наличие подсобного хозяйства (*подчеркнуть*): дача (да, нет), участок земли (да, нет), рогатый скот (да, нет), птица (да, нет), пчелы (да, нет).

7. Наличие предметов первой необходимости (*подчеркнуть и (или) вписать*):

Мебель (стулья, диван, шкаф, стол, другое \_\_\_\_\_)

Техника (электрическая/газовая плита, чайник, холодильник, другое \_\_\_\_\_)

Одежда (имеется/не имеется в необходимом кол-ве одежда по сезонам, одежда соответствует/не соответствует возрасту, имеющаяся одежда в удовлетворительном/неудовлетворительном состоянии, другое \_\_\_\_\_)

Продукты питания (имеется/не имеется запас необходимых продуктов)

средств гигиены

## СЕМЕЙНОЕ ПОЛОЖЕНИЕ

1. Информация о членах семьи (*близких родственниках, постоянно проживающих с заявителем*):

№ п/п	Фамилия, имя, отчество (при наличии)	Дата рождения	Степень родства	Состояние трудоспособности (место работы, учебы и т.д.)	Примечание (у н/летних детей указать данные свидетельства о рождении)

2. Семейно-бытовые взаимоотношения (*со слов заявителя подчеркнуть и (или)*

*вписать*):

нормальные,

сложные в связи с паличием:

внутрисемейных конфликтов, т.е:

имеется (не имеется) нарушение межличностных отношений в семье: эмоциональная отверженность всех членов семьи, конфликты между членами семьи, родители (опекуны) не проявляют заботы к ребенку (опекаемому), иное \_\_\_\_\_;

нарушение детско-родительских отношений (частые конфликты между родителем и ребенком, полная или частичная утрата родителями контроля над поведением ребенка, иное \_\_\_\_\_;

педагогическая грамотность/ безграмотность родителей (неразвитость родительских навыков и чувств, гиперопека или гипоопека, иное \_\_\_\_\_;

пренебрежение нуждами несовершеннолетнего (неудовлетворительное питание, несоблюдение правил предупреждения заболеваний и своевременного лечения ребенка);

наличие девиаций у членов семьи или попечителей (злоупотребляют алкогольными напитками, принимают наркотические вещества, ведут аморальный образ жизни, проявляют пристрастие к азартным играм, находятся в местах лишения свободы, иное \_\_\_\_\_;

иные проявления \_\_\_\_\_.

физического, психологического или экономического насилия.

3. Социальный облик семьи по сведениям соседей *(вписать)*

4. Причина, по которой уход за гражданином со стороны родственников, близких осуществляться не может (в случае обращения заявителя за получением социальных услуг в форме социального обслуживания на дому и стационарной форме социального обслуживания (исключение реабилитационные центры) *(вписать)*

## СОЦИАЛЬНАЯ АДАПТАЦИЯ ДЕТЕЙ

1. Уровень развития у несовершеннолетних коммуникативных способностей, необходимых для успешной интеграции в социуме:

Высокий  Средний  Низкий

2. У несовершеннолетнего выявлены следующие проблемы *(подчеркнуть и (или) вписать)*:

конфликтность; замкнутость; резкая смена настроения; неуверенность в себе; застенчивость; обидчивость; низкая концентрация внимания; несформированность либо частичная сформированность нравственных норм и ценностей; отсутствие навыков самообслуживания, поведения в быту и общественных местах; нарушение отношений со сверстниками; отсутствие ведущих интересов; не организованный досуг; не развиты творческие и технические способности; низкая самооценка; иное \_\_\_\_\_;

3. Нуждается в помощи следующих специалистов (заполняется в случае наличия подтверждающего документа: заключение психолого-медико-педагогической комиссии; направление врача и т.д.):

Логопед  Психолог  Инструктор по труду  Психотерапевт

**ДОСУГ**

Нуждаемость в организации досуга:

не нуждается

нуждается по следующим причинам (*подчеркнуть и (или) вписать*):

наличие ограничений жизнедеятельности, в том числе связанных с инвалидностью; недостаточность объектов досуговой инфраструктуры вблизи места жительства; непригодность досуговых объектов к особым потребностям гражданина, связанным с наличием инвалидности; коммерциализации досуговой сферы (недостаток средств на оплату досуговых услуг); неопределенность досуговых предпочтений; несоответствие доступных досуговых занятий склонностям, интересам гражданина; неуделение должного внимания родителями развитию положительных досуговых интересов; ориентация на пассивные досуговые формы занятий; иное \_\_\_\_\_

**КОММУНИКАТИВНЫЕ СВЯЗИ**

развиты

не развиты по следующим причинам (*подчеркнуть и (или) вписать*):

одиночество; замкнутость; неуверенность в себе; особенность характера; дезадаптации к новым условиям жизни после завершения активной трудовой деятельности; увлечения различными формами виртуального досуга (компьютерные игры, общение в социальных сетях и пр.); иное \_\_\_\_\_

**НУЖДАЕМОСТЬ В СОЦИАЛЬНОМ СОПРОВОЖДЕНИИ**

не нуждается  нуждается в следующем виде социального сопровождения:

- медицинском
- психологическом
- педагогическом
- юридическом
- социальном

**ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ СВЕДЕНИЯ:**


---



---

Должность, фамилии и инициалы специалистов проводивших оценку:

/ _____ /	/ _____ /	/ _____ /
(наименование должности)	(подпись)	(расшифровка)
/ _____ /	/ _____ /	/ _____ /
(наименование должности)	(подпись)	(расшифровка)
/ _____ /	/ _____ /	/ _____ /
(наименование должности)	(подпись)	(расшифровка)

Таблица № 1  
к акту обследования условий жизнедеятельности  
для признания граждан нуждающимися  
в социальном обслуживании

### Бланк оценки зависимости от посторонней помощи

Фамилия Имя  
Отчество  
Дата рождения

СНИЛС

Критерии	Выраженность критерия	Оценка в баллах
1. Передвижение вне дома	1. Выходит из дома без проблем	0
	2. Не выходит из дома зимой	0,75
	3. Выходит из дома, но не может сам нести сумки с покупками	0,75
	4. Выходит из дома только с сопровождающим	1
	5. Вообще не выходит из дома	2
2. Уборка квартиры	1. Убирает квартиру без труда	0
	2. Сам вытирает пыль, но нуждается в небольшой помощи при выполнении всей остальной уборки	0,5
	3. Сам вытирает пыль, но нуждается в значительной помощи при выполнении остальной уборки. Тяжелую уборку, например, мытье ванной, унитаза выполнять не может	1
	4. Не в состоянии выполнять никаких работ по уборке дома	2
3. Стирка	1. Не нуждается в помощи при стирке и/или самостоятельно пользуется машиной-автоматом, а также вынимает, развешивает и гладит белье	0
	2. В состоянии делать мелкую стирку вручную, но нуждается в помощи в более крупной стирке, отжимании или развешивании белья, глажке и/или в помощи при пользовании машиной-автоматом	0,5
	3. Нуждается в помощи при любой стирке	1
4. Приготовление пищи	1. Не нуждается в помощи при приготовлении горячей пищи	0
	2. Нуждается в частичной помощи в процессе приготовления пищи	1
	3. Необходима помощь во всем процессе приготовления пищи, а также мытье посуды после приготовления пищи	2
5. Передвижение по дому	1. Самостоятельно передвигается по дому	0
	2. Передвигается самостоятельно с помощью приспособления (трость, ходунки)	0
	3. Передвигается с помощью приспособления или без него, и нуждается в посторонней помощи при ходьбе или вставании	0,5
	4. Передвигается с помощью инвалидной коляски. Способен сам сесть в коляску и передвигаться в ней по дому	0,5
	5. На кровати садится самостоятельно либо с небольшой помощью. Пользуется инвалидной коляской, но нуждается в помощи, чтобы пересесть в коляску и передвигаться в ней по дому	1
	6. Полностью зависим при передвижении и перемещении. Все дневное время проводит сидя в кровати, в кресле или кресле-коляске	1,5
	7. Полностью зависим при передвижении и перемещении. Лежачий	1,5

<b>6. Падения в течение последних трех месяцев</b>	1. Не падает	0
	2. Не падает, но ощущает тревогу по поводу возможных падений	0
	3. Падает, но может встать самостоятельно	0
	4. Иногда падает и не может встать без посторонней помощи (минимум три раза в последние три месяца)	0,5
	5. Падает, по крайней мере, раз в неделю и не может встать без посторонней помощи	1
<b>7. Одевание</b>	1. Одевается без посторонней помощи	0
	2. Нуждается в небольшой помощи – в надевании носков, обуви, застегивании пуговиц	0,5
	3. Нуждается в значительной помощи при одевании (не может надеть белье, брюки, кофту или сорочку)	1
<b>8. Личная гигиена</b>	1. Моется без посторонней помощи	0
	2. Требуется присутствие другого человека при купании (например, боится, что ему станет плохо в ванной, плохо ориентируется). Умывается самостоятельно	0,5
	3. Нуждается в небольшой помощи (в получении воды нужной температуры, бритье, мытье головы, ног, умывании лица, чистке зубов)	1
	4. Нуждается в активной помощи при выполнении некоторых действий (например, мытье интимных частей тела или спины)	1,5
	5. Необходимо полностью умывать и купать клиента в связи с нарушениями когнитивной функции и/или тяжелым физическим состоянием	2
<b>9. Прием пищи и прием лекарств</b>	1. Ест и пьет без посторонней помощи и не нуждается в помощи при приеме лекарств	0
	2. Ест и пьет без посторонней помощи, но нуждается в помощи для подачи и разогревания пищи и/или подачи порции лекарств	0,5
	3. Нуждается в подаче и частичной помощи при приеме пищи и/или питье и/или требуется помощь при подготовке порции лекарств и их приеме	1
	4. Нуждается в полном кормлении и соблюдении питьевого режима и необходим полный контроль над приемом лекарств в связи с нарушениями когнитивной функции и/или тяжелым физическим состоянием	1,5
<b>10. Мочепускание и дефекация</b>	1. Контролирует отправление естественных потребностей; самостоятельно пользуется туалетной комнатой, может самостоятельно поменять себе абсорбирующее белье	0
	2. Частично контролирует естественные потребности (возможно ночное недержание). Самостоятельно пользуется туалетной комнатой. Нуждается в незначительной помощи при использовании абсорбирующего белья	0,5
	3. Частично контролирует естественные потребности. Нуждается в помощи при использовании абсорбирующего белья и/или испытывает трудности при пользовании туалетной комнатой	1
	4. Частично контролирует естественные потребности. Не может поменять себе абсорбирующее белье. Не может пользоваться туалетной комнатой	1,5
	5. Контролирует мочеиспускание и дефекацию, но не может пользоваться туалетом, не может поменять абсорбирующее белье в связи с тяжелым физическим состоянием	2
	6. Не может пользоваться туалетом, не контролирует ни одно из отпавлений (и мочеиспускание, и дефекацию), не может поменять абсорбирующее белье в связи с нарушениями когнитивной функции и/или тяжелым физическим состоянием и	2

	полностью зависит от посторонней помощи	
<b>11. Присмотр</b>	1. Не опасен для себя и для окружающих когда остается один. Может исполнять жизненно важные функции, например, пить	0
	2. Есть необходимость в частичном присмотре, когда остается один (для обеспечения исполнения клиентом различных жизненно важных функций) и/или можно оставить одного на несколько часов или ночь	3
	3. Опасен для себя и для окружающих когда остается один, требуется постоянное присутствие постороннего человека	6
<b>12. Слух</b>	1. Хорошо слышит либо регулярно использует слуховой аппарат и не испытывает трудностей	0
	2. Плохо слышит (для прослушивания радио включает его на полную громкость), испытывает затруднения при коммуникациях	0,5
	3. Глухой	1
<b>13. Наличие опасности в районе проживания или доме</b>	1. В доме и в районе проживания безопасно	0
	2. Существует опасность в доме и/или районе проживания. Есть физическая опасность, антисанитария, жестокое обращение – но возможна помощь	0,5
	3. Существует опасность в доме и/или районе проживания. Есть физическая опасность, антисанитария, жестокое обращение – помощь не доступна	1
<b>14. Наличие внешних ресурсов</b>	1. Получает достаточную социальную поддержку от семьи/ родственников/ друзей/ соседей/ религиозных или общественных организаций	0
	2. Получает ограниченную социальную поддержку со стороны семьи/ родственников/ друзей/ соседей/ религиозных или общественных организаций	0,5
	3. Нет поддержки со стороны семьи/ родственников/ друзей, есть только ограниченные социальные связи (например, соседи, общественные или религиозные организации)	1
<b>ОБЩИЙ БАЛЛ:</b>		

*Диагностику провели:*

Сотрудник \_\_\_\_\_ Должность \_\_\_\_\_ Подпись \_\_\_\_\_

Сотрудник \_\_\_\_\_ Должность \_\_\_\_\_ Подпись \_\_\_\_\_

Таблица № 2  
к акту обследования условий жизнедеятельности  
для признания граждан нуждающимися  
в социальном обслуживании

### Описание групп ухода

Степень зависимости	Описание группы
Группа 0 (0-3 баллов, зависимость в посторонней помощи отсутствует)	<p>Люди, полностью сохранившие самостоятельность в действиях повседневной жизни, способность к самообслуживанию не снижена.</p> <p>Люди из данной категории способны самостоятельно себя обслуживать и поддерживать свой быт на необходимом уровне.</p> <p>К ним относятся лица, способные выполнять трудовые функции.</p> <p>Когнитивные функции у данной категории людей не нарушены.</p>
Группа 1 (3,25-4,5 баллов, легкая зависимость в посторонней помощи)	<p>Чаще всего, у людей из данной группы наблюдаются небольшое снижение способности к самообслуживанию.</p> <p>Объединяет людей, нуждающихся в ограниченной помощи для соблюдения личной гигиены, приготовления пищи и проведения уборки.</p> <p>Когнитивные функции не нарушены.</p> <p>Самостоятельно используют абсорбирующее белье (урологические прокладки).</p> <p>Самостоятельно передвигаются по дому.</p> <p>Передвигаются вне дома и двора самостоятельно, но не могут нести сумки с тяжелыми покупками.</p> <p>Необходима незначительная помощь в уборке труднодоступных мест.</p> <p>Помощь в развешивании постиранного белья.</p> <p>Необходима незначительная помощь для соблюдения личной гигиены (посторонняя помощь заключается в присутствии в квартире или пассивном наблюдении персонала для минимизации рисков травм).</p> <p>Необходима незначительная помощь в выполнении сложных действий при приготовлении горячей пищи.</p>
Группа 2 (4,75-6 баллов, умеренная зависимость в посторонней помощи)	<p>Способность к самообслуживанию умеренно снижена. Люди из данной группы нуждающиеся в помощи в передвижении по дому, пользуются вспомогательными средствами реабилитации (ходунки, простые и 4-х опорные трости).</p> <p>Когнитивные функции не нарушены.</p> <p>Самостоятельно используют абсорбирующее белье (прокладки, подгузники и др.)</p> <p>Возможно выполнение только частичной уборки в досягаемости руки человека.</p> <p>Необходима физическая помощь в поддержании быта на приемлемом уровне.</p> <p>Необходима частичная помощь в приготовлении пищи (содействие в приготовлении пищи).</p> <p>Могут испытывать трудности при подъеме по лестнице или быть не в состоянии самостоятельно подниматься по лестнице без</p>

	<p>посторонней помощи.          Необходима помощь в передвижении вне дома на значительные расстояния (сопровождение пешком или на транспорте).          Возможна потребность в небольшой помощи при одевании и обувании.          Необходима частичная помощь при купании.</p>
<p>Группа 3          (6,25-10,75 баллов,          сильная зависимость в посторонней помощи)</p>	<p>Объединяет людей со значительным снижением способности к самообслуживанию, вследствие нарушений здоровья, обусловленных заболеваниями, последствиями травм или врожденными дефектами.          Когнитивные функции у данной категории людей чаще всего не нарушены или имеются умеренные когнитивные расстройства.          Люди из данной группы нуждаются в помощи ежедневно для выполнения действий повседневной жизни.          Могут самостоятельно приготовить простейшие блюда, необходима значительная помощь в выполнении сложных действий при приготовлении горячей пищи.          Принимают медикаменты самостоятельно или незначительной помощью (иногда необходим контроль).          Могут частично контролировать мочеиспускание и акт дефекации.          Необходима помощь при использовании абсорбирующего белья.          Пользуются туалетом с посторонней помощью (нуждаются в помощи для сохранения равновесия, одевания, раздевания).          Одевание и обувание возможно с частичной посторонней помощью.          Необходима значительная помощь в уборке и стирке.          Необходима помощь в передвижении по дому (могут использовать реабилитационное оборудование – ходунки, кресло-коляску).          Необходимо сопровождение вне дома.          Нуждаются в осуществлении покупок в магазинах, предоставлении услуг организациями.          Нуждаются в помощи при купании и умывании (причесывание, чистка зубов, мытье трудно доступных мест)</p>
<p>Группа 4          (11-15,75 баллов, очень сильная зависимость в посторонней помощи)</p>	<p>У людей данной группы наблюдается очень сильное снижение способности к самообслуживанию и ведению домашнего хозяйства без посторонней помощи. Они нуждаются в помощи во многих видах деятельности повседневной жизни.          В данную группу могут входить люди, чьи психические функции сильно нарушены, при этом они сохранили мобильность.          И в том, и в другом случае, степень зависимости человека от посторонней помощи приводит к выраженному ограничению одной из категорий жизнедеятельности либо их сочетанию.          Часто нарушена способность ориентации во времени и в пространстве.          Необходима значительная помощь в самообслуживании с использованием вспомогательных средств и (или) с помощью других лиц:          одевание/ купание/ прием пищи/ соблюдение питьевого режима/ контроль приема лекарств/ помощь в использовании абсорбирующего белья/ передвижение по дому.          Самостоятельно не могут приготовить пищу, вести домашнее</p>

	<p>хозяйство, стирать и развешивать белье.</p> <p>Мобильность ограничена комнатой (кроватью и околокроватьным пространством). Необходима помощь при переходе с кровати на стул.</p> <p>Пользуются инвалидной коляской, но нуждаются в помощи, чтобы сесть в коляску и/или передвигаться в ней по дому.</p> <p>Акт дефекации и мочеиспускание могут контролировать полностью или частично. Пользоваться туалетом могут с посторонней помощью либо самостоятельно использовать кресло-туалет около кровати или судно.</p> <p>Необходима значительная помощь при купании (умываются, причесываются, чистят зубы, бреются с посторонней помощью).</p> <p>Одеваются, обуваются только с посторонней помощью.</p> <p>Самостоятельно принимать медикаменты не в состоянии.</p> <p>Необходим контроль и подача лекарственных средств.</p> <p>При приеме пищи нуждаются в частичной помощи (подаче).</p>
<p>Группа 5 (16-25 баллов, тотальная зависимость в посторонней помощи)</p>	<p>У лиц из данной группы наблюдается полная утрата способности к самообслуживанию, и они полностью зависят от посторонней помощи.</p> <p>У людей, объединенных в эту группу, часто имеются выраженные когнитивные расстройства. Также они могут быть психически сохранны, но при этом нуждаются в паллиативной помощи и/или постоянном уходе и наблюдении другого человека вследствие общего тяжелого физического состояния, часто обусловленного декомпенсацией одного или нескольких хронических заболеваний.</p> <p>Питание, умывание, купание, одевание – осуществляются ухаживающим лицом или под его контролем.</p> <p>Не контролируют акты дефекации и мочеиспускания или в редких случаях контролируют их частично.</p> <p>Степень функциональности соответствует 1 группе инвалидности со стойким, значительно выраженным расстройством функций организма.</p> <p>Необходим постоянный уход, направленный на поддержание жизнедеятельности и профилактику осложнений имеющихся хронических заболеваний и маломобильного образа жизни.</p>

**МИНИСТЕРСТВО СОЦИАЛЬНОГО РАЗВИТИЯ  
КИРОВСКОЙ ОБЛАСТИ**

**РЕШЕНИЕ**

№ \_\_\_\_\_

г. Киров

**О признании нуждающимся в социальном обслуживании**

В соответствии с Федеральным законом от 28.12.2013 № 442-ФЗ «Об основах социального обслуживания граждан в Российской Федерации», Законом Кировской области от 11.11.2014 № 469-ЗО «О социальном обслуживании граждан в Кировской области» министерство решило признать \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ (фамилия, имя, отчество (при наличии), дата рождения)  
нуждающимся(ейся) в предоставлении социальных услуг в \_\_\_\_\_  
(указать форму (формы) социального обслуживания)

Уполномоченное лицо,  
имеющее право подписи

\_\_\_\_\_  
(подпись)

\_\_\_\_\_  
(фамилия, инициалы)

Получено лично Дата \_\_\_\_\_ Подпись \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /

Направлено  
письмом по почте Дата \_\_\_\_\_ исх № \_\_\_\_\_